



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciência Jurídicas e Sociais – FAJS
Curso de Bacharelado em Direito

JÉSSICA SALOMÃO FONSECA AZEVEDO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS INCONSISTÊNCIAS DA MEDIDA DE
SEGURANÇA**

**BRASÍLIA
2021**

JÉSSICA SALOMÃO FONSECA AZEVEDO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS INCONSISTÊNCIAS DA MEDIDA DE
SEGURANÇA**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador(a): Professora Dra. Luciana
Barbosa Musse

**BRASÍLIA
2021**

JÉSSICA SALOMÃO FONSECA AZEVEDO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS INCONSISTÊNCIAS DA MEDIDA DE
SEGURANÇA**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador(a): Professora Dra. Luciana
Barbosa Musse

BRASÍLIA, ... DE ... DE 2021

BANCA AVALIADORA

Prof^a. Dra. Luciana Barbosa Musse

Professor(a) Avaliador(a)

AGRADECIMENTOS

Quando estava no 3º semestre do curso, a minha professora de Direito Penal à época pediu um trabalho sobre Medida de Segurança. Quem diria que aquele trabalho, bem simples, hoje se tornaria o meu Artigo, assim agradeço à professora Viviani G. Nikitenko, por despertar o meu interesse quanto ao tema e plantar a sementinha no meu coração.

Agradeço, também, à minha orientadora Prof^a Luciana Musse por todo apoio, ensinamento, paciência e cuidado durante todo esse período.

Sobretudo e mais importante, agradeço minha mãe Adriane Salomão, por não ter medido esforços em todos esses 23 anos na minha criação e educação. Mãe, você é meu maior exemplo e meu maior orgulho, se ao longo da minha vida eu for 1% do que representa para mim serei muito feliz.

Agradeço ao meu Tio Marquinho, além de tio é um pai e por ser minha inspiração no que se refere à carreira profissional.

Agradeço ao meu primo Marcelo, por sempre me apoiar em todos esses anos de graduação e me dar forças para seguir na Advocacia Criminal.

Agradeço aos meus melhores amigos, Maria Cristina e Rogério, são pessoas que sempre estiveram ao meu lado, seja para rir junto comigo, enxugar minhas lágrimas e ouvir todas as minhas lamentações.

Por fim, agradeço aos meus avós e demais familiares que contribuíram de alguma forma para me tornar o que sou hoje. Muito obrigada!

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS INCONSISTÊNCIAS DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Jéssica Salomão Fonseca Azevedo

RESUMO

A metodologia do presente estudo, baseia-se nas pesquisas sócio jurídica, documental e normativa, relacionando o Direito Penal sob o olhar da saúde mental. O objetivo deste artigo é contribuir para uma reflexão a respeito da medida de segurança no âmbito da legislação penal. Pretende destacar as contradições da medida de segurança como resposta penal do Estado ao indivíduo infrator da norma penal acometido de transtorno mental, demonstrando que o problema não é enfrentado de maneira adequada pelo Direito e Processo Penal. Aborda que as condições de segurança do paciente não podem ser outras, a não ser a efetividade dos seus direitos, estando proibida a forma asilar por constituir tratamento desumano, abusivo e invasivo, e com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, independentemente da via de acesso aos serviços públicos de saúde mental, o tratamento prestado deve ser equânime e regido pela lógica de desinstitucionalização. Afinal, é importante discutir como se deve tratar os acometidos de transtorno mental submetidos à medida de segurança diante da nova política de tratamento em saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Medidas de Segurança. Saúde Mental. Periculosidade.

Sumário: Introdução. 1 Reforma Psiquiátrica – Lei nº 10/2006 de 06 de abril de 2001. 2 Medida de Segurança. 2.1 Alas de Tratamento Psiquiátrico e as Penitenciárias Brasileiras. 3 As Inconsistências da Medida de Segurança. 4 Recentes Mudanças Emblemáticas e Jurisprudência. Considerações Finais. Referências.

INTRODUÇÃO

No estudo dos tratamentos ao longo da história dispensados ao acometido com transtorno mental, observa-se a falta de políticas públicas e legislações especializadas e, ainda, muitas vezes falta de tratamento adequado e humanizado para pessoas acometidas com transtornos mentais de uma forma geral, e de forma mais acentuada quando se tratam de doente mental em conflito com a legislação.

Pela análise histórica no Brasil da relação entre o direito e transtorno mental, em princípio se observa uma falta de repressão, de punição ao doente mental, que era visto como um problema da família e ela devia controlá-lo. Posteriormente, com o surgimento das regulamentações passou-se a julgá-los e condená-los, ignorando a doença que possuíam, e assim, deveriam ter o mesmo tratamento de outros criminosos. Por fim, surge nesse cenário o instituto da Medida de Segurança, que nasce com a pretensão de ser o meio termo, com a ideia de tratamento e prevenção.

O surgimento das Medidas de Segurança como sanção penal para infratores acometidos de transtorno mental, em substituição às penas, fez-se necessário tendo em vista as particularidades de tratamento desses indivíduos. O acometido de transtorno mental não poderia sofrer a mesma sanção penal de um agente comum se cometeu o ilícito penal em função de seu sofrimento mental. Esta ideia veio ao encontro do desenvolvimento da psiquiatria forense e nos estudos sobre a saúde mental no Brasil e no mundo, com isso os psiquiatras se uniram ao judiciário na análise dos casos para melhor indicação da resposta penal do Estado a ser utilizada.

A metodologia do presente estudo fundamentou-se em uma pesquisa sócio jurídica, documental e normativa, relacionando o Direito Penal sob o olhar da saúde mental.

Para isso, o referencial bibliográfico da pesquisa foi baseada em estudo de autores como: Raúl Zaffaroni (2003/2007/2010), Nilo Batista (2003/2010); Paulo Jacobina (2014); Virgílio de Mattos (2006), Sá Júnior (2001), Haroldo Caetano (2018), entre outros pensadores que elaboraram trabalhos relevantes ao assunto da pesquisa, contribuindo para o embasamento teórico acerca do tema.

Foram instrumentos de pesquisa artigos científicos, bem como artigos de revistas jurídicas. Ainda, foram apresentados e analisados a Lei da Reforma Psiquiátrica, Pareceres e Portarias como principal arcabouço jurídico e psiquiátrico.

Partindo dos conceitos apresentados pelos doutrinadores, por posicionamentos de pesquisadores, e pela própria norma, a pesquisa analisou o perfil de vários entendimentos, para que fosse possível aplicar a ideia mais favorável para a sociedade. Isto, de modo a concluir a posição mais justa e igualitária, pois se consubstancia com os direitos e garantias previstos na Constituição Federal Brasileira de 1988.

O presente estudo objetiva discutir a relação entre saúde mental, o sistema de justiça criminal, o sistema prisional e a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Objetiva, ainda, demonstrar as contradições da medida de segurança como solução penal do Estado Democrático de Direito ao indivíduo infrator acometido de transtorno mental.

Além desta introdução, o texto é composto por 5 (cinco) seções que abordam, respectivamente, sobre a Reforma Psiquiátrica, Medida de Segurança, Alas de Tratamento Psiquiátrico e as Penitenciárias Brasileiras, as Inconsistências da Medida de Segurança, Mudanças Emblemáticas e Jurisprudência e, por fim, as Considerações Finais.

1. REFORMA PSIQUIÁTRICA – LEI Nº 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001

Desde a década de 70, foram adotadas experiências de transformação da assistência em saúde mental pautada pela reorientação das instituições psiquiátricas com intuito de humanizar o ambiente manicomial e pela proposição de um modelo centrado na comunidade substituindo o modelo hospitalocêntrico.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica deriva de um movimento sociopolítico no âmbito da saúde pública e gestão de políticas públicas. Um grande número de trabalhadores da saúde mental denunciaram a situação dos hospitais psiquiátricos em relação às situações de maus tratos e violência aos pacientes. Tal movimento impulsionou esforços para demonstrar a necessidade de substituição do modelo hospitalocêntrico por iniciativas políticas, científicas, socioculturais, administrativas e jurídicas, para transformar a relação da sociedade com as pessoas com transtornos mentais, permitindo a garantia de seus direitos.

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde nas Américas, em 1990.

Aderindo à essa Declaração, o Brasil aprova a Lei 9.867, de 1999. Essa Lei permitiu o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários, em consonância com a Reforma Psiquiátrica Italiana (BRASIL, 1999).

Graças aos movimentos de trabalhadores de saúde mental, em 6 de abril de 2001, foi promulgada a Lei 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das então denominadas pessoas portadoras de transtornos mentais e reconduz o modelo assistencial em saúde mental, regulamentando o cuidado especial com os internados por longos anos.

Abordando a Lei de Reforma Psiquiátrica, Prado e Schindler (2014, p. 636), afirmam que:

Como contraponto ao modelo que tem como centro a internação em Hospital Psiquiátrico, a reforma psiquiátrica, movimento que tomou força a partir da década de 1970 no Brasil e culminou com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, trouxe inovações no que diz respeito à política pública de saúde mental que deve ser adotada em todo o país. A Lei de Reforma Psiquiátrica estabelece como regra, no que concerne à forma de tratamento, o atendimento em liberdade e a utilização de recursos extra-hospitalares (art. 4º); além disso, o art. 6º dispõe: “a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (BRASIL, 2001). As bases da reforma psiquiátrica representam a negação do quanto disposto na legislação penal. Enquanto a medida de segurança é utilizada, em regra, na modalidade de internação, no intuito de tratar e retribuir condutas ilícitas, a reforma surge para percorrer o caminho inverso, desinternar para reabilitar e garantir cidadania à pessoa com transtorno mental (PRADO; SCHINDLER, 2014, p.636).

Uma das principais portarias à época, a Portaria Interministerial nº 628, de 2002 (BRASIL, 2002), estabeleceu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Nessa Portaria, foram definidos mecanismos de ampliação da assistência em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) aos detentos do sistema penitenciário, incluindo a saúde mental, substituída pela Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (BRASIL, 2014).

O Objetivo da Política Nacional de Saúde Mental é consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, garantir a livre circulação de pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidades e cidade. No entanto, ocorre intersetorialidade com a Política Nacional de Saúde no sistema prisional, que objetiva garantir o acesso das

pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, a intersetorialidade é uma estratégia importante para a busca de novos modelos organizacionais, articulação de experiências no planejamento e realização de políticas dirigidos aos acometidos de transtorno mental.

Atualmente, há mais de 2.000 (dois mil) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) regulamentados em todo o país pela Portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 2002 (BRASIL, 2002) e 25.000 (vinte e cinco mil) leitos psiquiátricos do Sistema único de Saúde (SUS). Além disso, os hospitais psiquiátricos tem sido substituídos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Seguindo a linha da importância da Reforma Psiquiátrica Brasileira, são numerosas as Portarias que visam aprimorá-la, criando condições e instituindo novas práticas terapêuticas, tendo como objetivo a inclusão da pessoa acometida com transtorno mental na sociedade e na cultura.

Neste diapasão, sobreleva destacar que o tratamento dado pela legislação penal à pessoa com transtorno mental é, absolutamente, incompatível com todo regramento constitucional e infraconstitucional da matéria. Diversos artigos encontram incompatibilidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica, tais como o Art. 97, do Código Penal, que evidencia uma presunção de periculosidade.

Sobre a periculosidade, Prado e Schindler (2017, p. 642) deixam claro:

A periculosidade é uma justificativa engendrada pelo positivismo para tratar a saúde mental como questão de segurança pública e estabelecer uma política higienista dos comportamentos fora do padrão médio de conduta. O tempo de cumprimento de medida de segurança é determinado em sentença condenatória pelo juiz que absolve o réu, mas aplica a medida de segurança, que variará de um a três anos, como dito anteriormente. Transcorrido esse prazo, terá de ser realizado exame de cessação de periculosidade para averiguação das condições médicas e psicossociais do paciente, no intuito da desinternação. Caso não tenha havido a cessação da periculosidade, o exame será realizado anualmente (art. 97, § 1º, do Código Penal).

Por outro lado, cessando-se a periculosidade em menos de um ano, segundo a Lei 10.216/2001, não há motivos para aguardar o prazo estipulado em lei, eis que a finalidade da medida seria terapêutica e não sancionatória.

Jacobina (2008, p. 111) explica que:

Assim, o fato de a Lei da Reforma Psiquiátrica não expressar a revogação dos dispositivos incompatíveis no Código Penal e na Lei de Execução Penal não significa que esses dispositivos não tenham sido revogados. Citem-se, como exemplos, os §§ 1º e 2º do art. 97, com seus prazos mínimos obrigatórios para a realização e repetição de regimes (com seus correlatos Arts. 175 a 179 da Lei de Execução Penal), incompatíveis com o princípio da utilidade terapêutica do internamento, previsto no art. 4º, § 1º, da Lei da Reforma Psiquiátrica, ou com o princípio da desinternação progressiva dos pacientes crônicos (art. 5º da Lei da Reforma Psiquiátrica). Além disso, os direitos mínimos garantidos na Lei de Execução Penal àquele que cumpre medida de segurança (art. 99, parágrafo único, da Lei de Execução Penal) confrontam-se com aqueles, muito mais amplos, assegurados no art. 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica, e a classificação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico como estabelecimento penal (Título IV, Capítulo VI, da Lei de Execução Penal) está em desacordo com os princípios do SUS, constitucionais e infraconstitucionais (JACOBINA, 2008, p. 111).

É evidente a contradição existente entre normas penais que disciplinam a Medida de Segurança e a Lei 10.216/2001. Assim sendo, faz-se necessária a adequação do ordenamento jurídico pré-existente com a legislação da Reforma Psiquiátrica, impondo-se, uma nova interpretação das relações relativas às Medidas de Segurança, tanto no Código Penal quanto na Lei de Execução Penal.

2. MEDIDA DE SEGURANÇA

Conforme o Código Penal, é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento. Esses indivíduos são chamados de inimputáveis, ou seja, aqueles que não têm capacidade para serem punidos pela legislação penal.

Assim, a Medida de Segurança é o tratamento sob o qual o autor deve ser submetido com a finalidade de “curá-lo” ou “torná-lo apto” a conviver em sociedade, sem regressão a cometer crimes. Como o Brasil é um Estado Constitucional Democrático de Direito, para a aplicação da medida de segurança, devem ser observados as garantias e princípios constitucionais para fundamentarem a aplicação da sanção penal estatal.

Conforme Haroldo Caetano (2018, p. 43), as medidas de segurança

Não se restringiam aos inimputáveis, como veio a ser estabelecido quase meio século depois na reforma penal de 1984, pois eram originalmente aplicáveis também ao agente imputável, desde que fosse legalmente presumida a sua periculosidade (art.

78/0, ou fosse esta (a periculosidade) determinada em função de um juízo discricionário do julgador, baseado na personalidade do agente, nos seus antecedentes, assim como nos motivos ou circunstâncias do crime (art.77) (CAETANO. 2018, p. 43).

De acordo com a introdução feita por Prado e Schindler (2017, p. 629):

A medida de segurança, conforme disciplinada pela legislação penal brasileira, representa a intervenção estatal na liberdade do indivíduo inimputável em razão de doença mental, que cometeu fato típico e antijurídico, à qual se atribui a função de tratamento, visando preservar a sociedade do perigo que o indivíduo representa. No tocante aos fundamentos que a legitimam, enquanto a pena está pautada no conceito de culpabilidade, a justificativa para a adoção da medida de segurança é a periculosidade presumida, fruto da influência da Escola Positiva (BRUNO, 1977), o que merece ser questionado uma vez que as ciências da saúde, como a Psiquiatria, fazem novas descobertas e promovem avanços no conhecimento e no tratamento das doenças mentais (PRADO; SCHINDLER. 2017, p.629).

Entre a imputabilidade (plenitude de responsabilidade penal) e a inimputabilidade (ausência de responsabilidade penal), o Código Penal prevê hipóteses de semi-imputabilidade. Diferentemente da previsão da incapacidade plena (inteiramente incapaz), o arcabouço jurídico cria uma zona intermediária, definindo como semi-imputável o sujeito que no momento da conduta delitiva não era totalmente capaz de compreender a ilicitude e comportar-se conforme a expectativa do direito (Art. 26, parágrafo único, Código Penal).

Em razão de a inimputabilidade ser uma causa de exclusão da culpabilidade – e esta um dos elementos do crime –, a conduta praticada pelo autor não pode ser adjetivada como crime, inexistindo, conseqüentemente, possibilidade de aplicação de pena. Não por outra razão, reconhecida a inimputabilidade, o Código de Processo Penal determina que seja o réu absolvido. Trata-se, em realidade, na linguagem do processo penal, de uma absolvição *sui generis* ou imprópria, pois apesar de absolvido o sujeito é submetido à Medida de Segurança, permanecendo, portanto, sob a tutela do Estado Penal.

No entanto, se verificada a semi-imputabilidade, poderá o juiz aplicar a pena que seria cabível ao imputável, com a incidência obrigatória de uma causa especial de diminuição da quantidade de sanção, ou impor Medida de Segurança nos casos em que entender que o condenado necessita de “especial tratamento curativo” (Art. 98 do Código Penal).

A classificação do autor do ilícito penal como imputável, semi-imputável ou inimputável decorre fundamentalmente da opção política, posteriormente legitimada pela ciência jurídico-penal de fragmentar o sistema de responsabilidade criminal em dois fundamentos distintos: culpabilidade e periculosidade.

Para a teoria do direito penal, a noção de sujeito responsável decorre da constatação de sua capacidade de compreender os efeitos da sua conduta e, em razão dessa compreensão prévia, optar livremente pelo ilícito. Esta condição de sujeito cognoscente e com liberdade de ação possibilita atribuir culpabilidade ao autor do fato. Ausente a culpabilidade, inexistente delito e, portanto, inaplicável a pena. E apesar de o sentido da pena ter sido alterado desde as fundações do direito penal na modernidade, o caráter retributivo – retribuir o mal do crime com o mal da pena – é o que ainda melhor identifica a forma jurídica da penal criminal.

O sujeito perigoso, ou dotado de periculosidade, é aquele que diferentemente do culpável/imputável não possui condições de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude do seu ato e, conseqüentemente, atuar conforme as expectativas jurídicas. Em razão da ausência de condições cognitivas para direcionar sua vontade – déficits cognitivos que anulariam a adjetivação da conduta do autor como criminosa -, injustificável, do ponto de vista do discurso jurídico, a aplicação de uma pena marcadamente retributiva, pois a ideia de retribuição está associada fundamentalmente à reprovação jurídica do ato voluntário praticado pelo sujeito. Neste cenário, com a afirmação judicial, através de uma sentença absolutória, da inexistência de delito e da ausência de responsabilidade penal, impõe-se uma medida cuja finalidade precípua é o “tratamento” do paciente.

Ao tratar a internação como regra e a cessação da periculosidade, Prado e Schindler (2017, p. 633) entendem que:

A partir da análise da legislação penal, especificamente, do art. 97 do Código Penal, considerando as espécies de medida de segurança previstas - internação e tratamento ambulatorial –, verifica-se que a primeira é aquela que, em regra, deve ser aplicada pelo juiz, enquanto o tratamento ambulatorial deve ser exceção, isto é, o juiz poderá determinar o tratamento extra-hospitalar apenas se o fato previsto como crime for punível com detenção.

Percebe-se que o critério determinante para definir o tipo de medida de segurança nunca foi a necessidade do doente mental, e sim a gravidade do delito, seguindo a mesma proporcionalidade que deveria reger a previsão e aplicação da pena. Assim, aproximam-se os dois institutos, ignorando a necessidade de se verificar, no caso concreto, qual seria o tratamento adequado para o controle do transtorno mental (PRADO; SCHINDLER, 2017, p.633).

Como referido, no juízo de constatação da periculosidade que identifica o sujeito como inimputável (incapaz), mais do que em qualquer outra zona de intersecção, o discurso jurídico é entrelaçado ao discurso médico-psiquiátrico. O mecanismo de averiguação desta especial condição do sujeito/autor de ato definido como crime é o incidente de insanidade mental, que possui como fonte primordial de prova a perícia psiquiátrica. Cabe ao psiquiatra legista,

portanto, atestar o grau de periculosidade do periciando, sugerindo que o sujeito seja enclausurado em instituição manicomial ou penitenciária.

2.1. ALAS DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E AS PENITENCIÁRIAS BRASILEIRAS

O Artigo 96 do Código Penal dispõe que a medida de segurança será cumprida com internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou o apenado será submetido a tratamento ambulatorial. Ainda, fundamenta o Artigo 99, do mesmo diploma legal, que o internado será recolhido em estabelecimento dotado de características hospitalares e submetido a um tratamento adequado.

Historicamente, o tratamento oferecido aos acometidos de transtornos mentais teve como único recurso o hospital psiquiátrico. Estes hospitais eram constituídos de violência, mortes, silenciamentos, humilhações, segregações, desrespeito aos Direitos Humanos e exclusão social, uma amostra de negatividade subjetiva e civil de sofrimento mental. O que gera grande revolta é o Código Penal e a Lei de Execução Penal ainda permitirem tratamento ambulatorial nos HCTP's, levando em consideração que há mais de quatro séculos pacientes são marginalizados e vistos como sujeitos que devem ser apartados da sociedade, incluindo sua própria família. O HCTP é uma estrutura de responsabilidade exclusiva do sistema penitenciário brasileiro, fazendo com que o paciente viva um duplo estigma: o de "criminoso" e o de "anormal".

Sobreleva destacar que nos HCTP's há prevalência dos agentes penitenciários aos agentes de saúde. Afinal, é mais barato e vantajoso ao Estado custear punições aos pacientes judiciários do que tratamento de saúde adequado.

Não obstante, a legislação penal e a Portaria Interministerial nº 01/2014 – PNAISP (BRASIL, 2014) determinam, também, que ao iniciar a internação é obrigatório a realização de exame criminológico. Tal exame visa examinar a personalidade do agente para diagnóstico da doença e verificar o melhor tratamento.

Ocorre que, diante de tantas evoluções conquistadas através da Reforma Psiquiátrica, ainda há barreiras sobre as pessoas acometidas de transtornos mentais. De acordo com o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2015), infratores acometidos de

transtornos mentais que poderiam estar sendo acompanhados fora do encarceramento continuam entrando no sistema de internação e muitos aguardam por mais de 10 meses realização de exame criminológico. Além disso, correlacionam-se o uso de drogas com existência de comorbidade, o que merece diagnóstico preciso para proporcionar e assegurar um tratamento adequado.

Outra grande violação à direitos amplamente garantidos constitucionalmente é a falta de estabelecimentos prisionais dotados de características hospitalares em vários estados do Brasil para tratamento especializado em casos de transtornos mentais. Na falta destes estabelecimentos, os pacientes são acomodados em alas médicas de presídios comuns. O caso do Distrito Federal merece maior atenção, uma vez que a Ala de Tratamento Psiquiátrico para presos submetidos à medida de segurança do sexo masculino, localiza-se na Penitenciária Feminina do Distrito Federal – PFDF.

Salienta-se que os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico não se encontram apenas os pacientes em medida de segurança, recebem, também, internados em situações temporárias, internados aguardando produção de laudo pericial e transferidos de outros presídios.

Relacionar a saúde mental no sistema prisional implica redirecionar os modelos de atenção à saúde, retomando princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das modalidades atuais de medida de segurança, por medidas terapêuticas de bases comunitárias, evitando o tratamento em meio fechado e garantindo o retorno à liberdade. Através da Portaria Interministerial nº 01/2014 – PNAISP (BRASIL, 2014), foi instituído o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

As EAP's são compostas por equipes de enfermeiros, médico psiquiatra ou com experiência em saúde mental, psicólogo, assistente social e profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde (sociólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, pedagogos, farmacêuticos etc). Os serviços não podem ser desenvolvidos em unidades prisionais e garante a individualização das medidas terapêuticas, de acordo com as necessidades de cada caso, e viabiliza o acesso e qualidade do tratamento, assim como acompanhamento da sua execução em todas as fases do processo criminal. O judiciário é o principal demandante e a saúde gestora do serviço.

Conquanto, os estabelecimentos prisionais não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do Artigo 2º, da Reforma Psiquiátrica:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II-ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III-ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V-ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII-receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII-ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos; (BRASIL, 2001).

Do exposto, verifica-se que estabelecimentos prisionais não são estabelecimentos adequados para tratamento de pessoas com transtornos mentais submetidas à medida de segurança, uma vez que são desprovidos de serviços médicos, assistência social, psicólogos aptos, terapeutas ocupacionais, lazer, entre outros, e violam explicitamente o parágrafo 3º, artigo 4º, da Lei 10.216, que impõe:

§3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas de recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º. (BRASIL, 2001).

Por essa lógica, é urgente a elaboração de um projeto de desinstitucionalização, contemplando métodos já estruturados e estipulados pela Política Nacional de Saúde Mental, tendo como foco o fechamento definitivo de todos os HCTP's existentes no Brasil e total aplicação do Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP).

3. AS INCONSISTÊNCIAS DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Há pouco tempo, o ordenamento jurídico penal tem convivido com uma incoerência: de um lado a Reforma Psiquiátrica vem conseguindo vitórias importantes no campo do Direito Sanitário, alterando leis e normas infra legais, por outro lado, o direito punitivo ainda mantém raízes no positivismo penal e no determinismo, continua explanando o conceito de periculosidade presumida do acometido com transtorno mental em nome da proteção à sociedade.

A história da humanidade demonstra que a prática real do poder sempre qualificou certos indivíduos como perigosos, conferindo-lhes sempre um tratamento rigoroso e punitivo: estrangeiros, mendigos, leprosos, bruxas, prostitutas, usuários de entorpecentes, e claro, os acometidos com transtornos mentais. Neste sentido, a incorporação da periculosidade social nas legislações penais acabou funcionando como uma espécie de válvula de escape à restrição da liberdade dos cidadãos inconvenientes à autoridade.

Para Benigno Di Tullio (apud ERRARI, 2001, p. 153), a periculosidade constitui um critério que não exclui as graves incertezas existentes em todo prognóstico, configurando-se impossível prever, com convicção, a posterioridade de qualquer indivíduo, especialmente sob o enfoque de uma conduta futura. Por mais que se tente atenuar a subjetividade na definição do perigoso, atrelando-a, por exemplo, à probabilidade de reiterar condutas criminosas em face do histórico do agente (como faz o legislador brasileiro), certo é que tal missão ainda assim será praticamente irrealizável, haja vista que o próprio conceito sempre estará fundado num duvidoso juízo de prognose.

O Direito Penal moderno, estruturado sobre as bases constitucionais da culpabilidade, não permite que a persecução criminal se apoie em fatores ligados ao indivíduo e suas características pessoais. Ao contrário, toda a construção jurídico-penal de um Estado Democrático parte exatamente da premissa que as pessoas devem ser julgadas e punidas, exclusivamente, por aquilo que são ou podem vir a ser. Por conseguinte, é notório que o instituto da Medida de Segurança não encontra vez no novo marco constitucional exigido para o Direito Penal vigente.

A lógica perversa e excludente que transforma o acometido de transtorno mental infrator em um cidadão de segunda classe não se coaduna com os direitos garantidos pela Constituição Federal. E essas conclusões decorrem exatamente do fato que a categoria de periculosidade,

Medida de Segurança, e completamente isenta de significado: basta lembrar que o conceito de periculosidade se funda no juízo de que o indivíduo, em razão de sua condição mental ou alteração social, tem probabilidade de vir a praticar ou tornar a cometer prática delituosa. Como indica Salo de Carvalho (2003, p. 137), a popularização de tal categoria no senso comum teórico dos juristas e do homem de rua, pela assunção ideológica da terminologia defensivista, não permite clara definição de sua essência, ou seja, trata-se de categoria extremamente abstrata, sem qualquer sentido objetivo. E continua: não obstante, é parâmetro para justificação da incidência do sinal penal sobre os indivíduos classificados como perigosos. Representa, em classificação ideal típica, o mais espetacular resíduo causal nos sistemas penais vigentes.

Com o surgimento e implantação da Lei da Reforma Psiquiátrica, ficam abolidos os preceitos do Código Penal que sustentam a ausência de responsabilidade penal da pessoa acometida com transtorno mental. Inclusive, Virgílio de Mattos (2006) afirma ser inconstitucional o Artigo 26 do Código Penal, levando em consideração que a Constituição Federal veda penas perpétuas.

Nesta perspectiva, Virgílio de Mattos (2006, p. 153) sustenta que estaria

demonstrado que a solução não pode ser apenas – unanimidade a partir do final do século XIX –, nem tratar – vez o que o ‘tratamento’ tem sempre implicado maior exclusão –, mas prevenir que o portador de sofrimento mental passe ao ato e transforme, transtornando, sua própria vida e daqueles que lhe são próximos. Portanto, o tratamento de que fala a Lei 10.216/01 só pode ser entendido como as medidas de cuidado e acompanhamento, no processo de inserção social do portador de sofrimento mental, ou seja, o que temos denominado prevenção (Mattos, 2006, p.153).

É exatamente nesta afirmação que se pode vislumbrar a inconsistência e a necessidade de se repensar todo o instituto da medida de segurança. Afinal, não há como se falar em um direito penal de matriz democrática, consoante exigência constitucional, diante dessa abstração.

Maurício Dieter (2013, p. 137/147) explica que a aferição da periculosidade criminal possui três espécies de orientação. A primeira delas, chamada de diagnóstico clínico, interpreta e avalia sinais e sintomas da personalidade do sujeito a fim de poder concluir qual o seu grau de periculosidade. O objetivo é o de responder se certa doença mental determina a prática de um comportamento agressivo futuro e, para tanto, é necessário levar em consideração: a) experiência e capacidade técnica profissional; b) recursos tecnológicos; c) tempo disponível para exame, e ainda d) quantidade de doenças satisfatoriamente descritas pela literatura médica.

O autor segue sua explanação referindo que ocorre atualmente séria tendência de a lógica atuarial colonizar os diagnósticos clínicos, a partir da descrença das ciências da subjetividade em alcançar resultados precisos quando o tema é prever a periculosidade do indivíduo.

Além do mais, Juízes são incapazes de contestarem laudos periciais, por falta de conhecimento técnico acerca do tema, o que prejudica na preterição de uma sentença justa.

Faz-se importante lembrar que o direito reivindica da psiquiatria, no momento de sentenciar pessoa em que exista a suspeita de transtorno mental, a periculosidade como prognose de reincidência. O problema todo está no fato de ser impossível à Psiquiatria e ao Direito prever o futuro.

A própria Medicina esclarece a impossibilidade de certeza acerca do desenvolvimento da enfermidade (o denominado prognóstico). Veja-se:

O prognóstico (ou prognose) é um procedimento científico que objetiva a predição que se pode fazer acerca das mudanças que **provavelmente** podem ocorrer no curso de uma enfermidade, sua duração e terminação (a direção do prognóstico para o restabelecimento total ou parcial, para a cronicidade ou para a morte). O prognóstico pode se referir às possibilidades laborais, à capacidade civil ou ao **risco social do paciente** (grifou-se) (SÁ JUNIOR, 2001, p. 431).

O psiquiatra Gabriel Neves, explica que a periculosidade é “um conceito de **pouca verificabilidade científica**. É, antes, um conceito de senso comum, que pode ou não ser reforçado pelas evidências técnicas ou clínicas apontadas na perícia” (grifou-se) (NEVES, 2004, pp. 102/105).

Neves (2004) e Diniz (2013) explicam que o próprio conceito de ‘perigo’ é subjetivo, pois é a iminência do dano aos olhos de um observador, o que torna clara a incerteza da avaliação. Inclusive alguns autores “se recusam a considerar a periculosidade como uma categoria analítica válida” e outros “a considera artifício jurídico para empalidecer o caráter arbitral da decisão do juiz. Aos olhos do público ele estaria apoiando-se na opinião científica de um perito”.

Dessa forma,

O sistema usado em quase todo o mundo, inclusive no Brasil, de apoiar-se a decisão judicial num critério subjetivo como a periculosidade, assim como considerar o médico psiquiatra forense como o técnico habilitado a medi-lo com precisão científica, levam a uma situação onde após o juiz arbitrar que o paciente deve ser

contido pela medida de segurança, o médico psiquiatra forense é quem passa a decidir a cada ano (ou a cada três anos) se o paciente deve ou não continuar detido (NEVES, 2004, p. 103).

Não há evidências científicas na literatura internacional que sustentem a periculosidade de um indivíduo como uma condição vinculada à classificação psiquiátrica para o sofrimento mental. Periculosidade é um dispositivo de poder e de controle dos indivíduos, um conceito em permanente disputa entre os saberes penais e psiquiátricos (DINIZ, 2013, p.17).

Destaca-se na presente discussão o fato de que enquanto não desconstruirmos o conceito de periculosidade, esta categoria seguirá sustentando a lógica voltada aos sujeitos em medidas de segurança.

A triste realidade das internações psiquiátrico-carcerárias dos portadores de transtorno mental motiva repensar questões instrumentais do direito penal e das ciências médicas e projetar novas formas de ação. Sobretudo porque a redução do sofrimento dessas pessoas não pode ser obstaculizada em razão do ideal de sistema que marca a ciência dogmática do direito penal. Após a humanidade ter assistido atemorizada, ao logo do século passado, aos genocídios legitimados por ordens jurídicas totalitárias, é inadmissível seguir sacrificando pessoas em nome da manutenção da coerência e da harmonia dos sistemas dogmáticos puros.

Eugenio Raúl Zaffaroni (2010) e Nilo Batista (2010) desafiam a construção de uma “dogmática consequente” que tenha como pressuposto “a natureza penal das medidas de segurança” para além do “embuste das etiquetas”. Conforme apontam os pensadores críticos, se a Reforma da Parte Geral do Código Penal de 1984 representou significativo avanço ao expungir diversas hipóteses de perigosidade presumida pré-delitual da disciplina legal anterior, restringindo as hipóteses de imposição de medidas de segurança aos imputáveis e semi-imputáveis, “(...) alguns passos poderiam ser dados incorporando-se à construção dogmática as importantes contribuições da Lei 10.216/01, sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais” (Zaffaroni et al., 2010, p. 67).

Segundo os critérios da Lei da Reforma Psiquiátrica, ao ser delimitada uma forma distinta de responsabilidade, parece não haver dúvida quanto à necessidade de se excluir qualquer hipótese de aplicação de Medida de Segurança. Assim, em termos processuais, ao invés da absolvição imprópria, entende-se que o mais adequado seria a responsabilização através do juízo condenatório, com a consequente aplicação da pena. Isto pensando, logicamente, em um modelo garantista intermediário, anterior às reais possibilidades abolicionistas que a Lei da Reforma Psiquiátrica oferece.

Paulo Queiroz (2011) propõe, a partir de precedentes do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, que o julgador proceda à individualização da pena, definindo-a em termos temporais para, posteriormente, substituí-la por Medida de Segurança pelo mesmo prazo (Queiroz, 2011, p. 458).

As Cortes Superiores, porém, definiram primeiramente que o prazo máximo para cumprimento da Medida de Segurança deveria respeitar o limite geral das penas (40 anos, em decorrência da Lei nº 13.964 de 2019); posteriormente, fixaram como quantidade limite da medida o máximo de pena imposto abstratamente pelo legislador ao delito cometido pelo réu. E muito recentemente o Superior Tribunal de Justiça aprovou a Súmula 527, que disciplina este entendimento. Refere que “o tempo de duração da Medida de Segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado”.

Desta forma, mais do que ter como pressuposto que o acometido de transtorno mental é imputável para fins de definição da quantidade de sanção aplicável, utilizando as ferramentas fornecidas pelo Código Penal, seria possível estabelecer como diretriz que o seu tratamento jurídico fosse similar ao da semi-imputabilidade. Isto porque se a Lei 10.216/2001 assegura uma responsabilização *sui generis* ao preservar na esfera jurídica do usuário do sistema de saúde mental em conflito com a lei capacidades diferenciadas de compreensão e vontade, o quadro se assemelha muito às formas de culpabilidade reduzida ou semi-imputabilidade.

Por esse ângulo, Prado e Schindler (2017, p. 637) fixam seus argumentos com o seguinte entendimento:

O modelo de execução da medida de segurança no Brasil deve, portanto, ser baseado nos elementos norteadores da reforma psiquiátrica, quais sejam: crítica ao modelo hospitalocêntrico; desinstitucionalização; negação do caráter terapêutico do internamento como regra; e redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto. A reestruturação da Rede de Atenção à Saúde Mental que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para que haja viabilidade na associação do cumprimento de medida de segurança com os princípios da reforma psiquiátrica. O desafio não é apenas desinternar, mas também fortalecer essa rede para que possa acompanhar o egresso do Hospital de Custódia. O acompanhamento multidisciplinar (realizado por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais), que se dá numa estrutura desburocratizada e extrajudicial, é de grande importância para garantia de direitos à pessoa com transtornos mentais (PRADO; SCHINDLER, 2017, p.637).

A medida de segurança tem prazo mínimo de duração, variando de 1 a 3 anos, mas não limite máximo (diferentemente dos outros tipos penais, cuja cominação das penas variam entre patamares mínimos e máximos), que é indeterminado e perdura enquanto não se verifica a

cessação da periculosidade do paciente. Assim, a medida de segurança pode prolongar-se “infinitamente” no tempo, o que, desde sempre, o sistema de justiça criminal brasileiro vem permitindo, contrariando a Carta Magna de 1988, a qual proíbe veementemente penas perpétuas.

Definindo formas e graus distintos de responsabilidade, a Reforma Psiquiátrica estabelece um novo paradigma para tratamento jurídico de pessoas acometidas com transtorno mental, situação que necessariamente demanda formas diversas de interpretação das ciências penais. A principal mudança é tratar a pessoa diagnosticada com transtorno mental como um sujeito de direitos e não mais como um objeto deixado de lado em sistemas prisionais. Entender o portador de doença mental como sujeito de direito é o principal passo para que seja responsabilizado por seus atos, responsável pelo seu processo terapêutico e responsável pelo seu futuro.

O sistema criminal e o sistema prisional tratam o paciente judiciário como muito perigoso, mesmo sabendo que o nível de reincidência deles é menor comparado ao infrator comum e desconsiderando o notório saber dos profissionais de saúde mental que afirmam que o perigoso é a desassistência e que os delitos praticados são em momentos em que ele não está sendo assistido.

Além de toda essa problematização, de acordo com o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL 2015), ao menos 25% por cento dos indivíduos em medida de segurança não deveriam estar internados, por em exame criminológico terem a periculosidade cessada, em decorrência de sentença declarando extinta a medida de segurança ou por terem recebido o benefício judicial da alta ou desinternação progressiva.

À face do exposto, é necessário que a estruturação da medida de segurança se adeque aos pressupostos da Lei 10.216 de 2001, com o objetivo da reinserção social do paciente em seu meio, respeitando os direitos humanos, a desinstitucionalização e superando o modelo tutelar, asilar e manicomial.

4. RECENTES MUDANÇAS EMBLEMÁTICAS E JURISPRUDÊNCIA

Em 2006, foi desenvolvido o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI. Com esse programa, o estado de Goiás cumpre na totalidade as diretrizes da Lei da Reforma Psiquiátrica, em relação a medida de segurança. Em Goiás a prioridade é atender e incluir

acometidos com transtornos mentais submetidos a medida de segurança, preferencialmente, no SUS. É fruto de uma iniciativa inédita no país e busca oferecer assistência e tratamento adequado e humanizado aos pacientes infratores e sua criação envolveu a Secretaria de Estado da Saúde Goiás, Secretaria Estadual de Justiça do Estado de Goiás, Ministério Público Estadual, Tribunal de Justiça do estado e as secretarias municipais das cidades aderentes do programa.

O PAILI visa, ainda, buscar a adesão do círculo sócio familiar do paciente, trabalhando junto à família para estabelecimento de vínculos para retorno ao lar, prestando apoio e esclarecimento.

Na última década, o estado de São Paulo se destacou e conseguiu grandes avanços no cumprimento da medida de segurança. A 5ª Vara de Execuções Criminais Central foi especializada em novembro de 2009 e iniciou-se um trabalho objetivando acelerar e qualificar as decisões proferidas.

Assim, foi firmado um convênio entre o Tribunal de Justiça de São Paulo e as Secretarias Estaduais de Saúde e Administração Penitenciária, o que permitiu a realização de mutirões periciais. À época, aguardavam vagas para internação 700 (setecentas) pessoas e estima-se que hoje a carência seja de 150 (cento e cinquenta) leitos. Foi possível, também, a reinauguração de parte do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico I, com oferta de 400 (quatrocentas) vagas. Aos que não necessitam de internação, é realizado o direcionamento ao tratamento ambulatorial.

No ano de 2014, foram publicadas relevantes Portarias, tanto interministeriais (Ministério da Justiça e Ministério da Saúde) quanto do Ministério da Saúde e Departamento Penitenciário Nacional, destacando a importância do cuidado com a Saúde Mental no sistema penitenciário brasileiro e corroborando com a Lei nº 10.216 de 2001, conforme abaixo.

A Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, instituiu o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014, dispôs sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, instituiu normas para operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

Por fim, Portaria nº 206, de 28 de abril de 2014, do Departamento Penitenciário Nacional, tornando público os procedimentos, critérios, e prioridades com a finalidade de obtenção de recursos provenientes do Fundo Penitenciário Nacional – FUNPEN, referentes à temática de Apoio à Assistência à Saúde para presos internados e egressos do Sistema Penitenciário, voltados à projetos de aparelhamento de Unidades Básicas de Saúde no Sistema Prisional, exclusivamente para os estados do Acre, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Maranhão, Pará, Pernambuco e Tocantins (BRASIL, 2014).

Seguindo essa linha, em 2015 foi publicado o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária, determinando que sejam implementados os direitos das pessoas acometidas com transtorno mental, bem como a adequação da medida de segurança à Reforma Psiquiátrica. Respalhando o referido Plano, em 2019 foi publicado, também, o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária 2020-2023.

Por conseguinte, dados levantados em 2019 mostram que a assistência de pessoas acometidas de transtorno mental tem sido tratadas com prioridade pelo Ministério da Saúde. Foram investidos R\$ 97.000.000,00 (noventa e sete milhões de reais) para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), o que resultou em um aumento de quase 200% (duzentos por cento) em relação ao ano de 2018, que levantou apenas R\$ 33.000.000,00 (trinta e três milhões de reais).

Com o aumento dos recursos investidos na Saúde Mental em 2019, foi possível a habilitação de novos serviços: 92 (noventa e dois) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 63 (sessenta e três) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) 181 (cento e oitenta e um) leitos em hospitais gerais, 5 (cinco) Unidades de Acolhimento (AU) e 29 (vinte e nove) Equipes Multiprofissionais a mais. Ainda, destinou-se os recursos para a estruturação e abertura de 170 (cento e setenta) CAPS, 149 (cento e quarenta e nove) SRT, 21 (vinte e um) UA e 308 (trezentos e oito leitos em hospitais gerais.

Em novembro de 2020 foi publicada a Resolução nº 944/2020, a qual dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). A Resolução está vinculada ao Programa Novos Rumos na Execução Penal e tem por objetivo assessorar a justiça de 1ª e 2ª instâncias, na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança, aos pacientes judiciários, através de proposições fundamentadas na Lei 10.216/2001.

Além disso, o PAI-PJ promove o acompanhamento do adolescente em conflito com a lei, em situação de sofrimento psíquico, atuando nos processos em que forem aplicadas medidas de proteção determinada no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e na Reforma Psiquiátrica.

Por último, mas não menos importante, em março de 2021 a Defensoria Pública do Estado de São Paulo moveu Ação Civil Pública contra a Fazenda Pública do Estado de São Paulo requerendo tutela de urgência para impedir a internação de adolescentes e jovens adultos diagnosticados com doença mental em Unidades Experimentais de Saúde, tal pedido foi acatado pela 16ª Vara da Fazenda Pública. Tal pleito, com apoio do Ministério Público, visa a liberação judicial dos internos e imediata reinserção social, pois não há projeto terapêutico individualizado ou acompanhamento multidisciplinar dos internos. Ademais, apesar de a Unidade Experimental de Saúde (UES) ser administrada pela Secretaria Estadual de Saúde, sob o pretexto do tratamento psiquiátrico, os internos estão sob fiscalização de agentes penitenciários da SAP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica foi explícita em proibir qualquer forma de tratamento manicomial. Mesmo nos casos excepcionais – a internação psiquiátrica é sempre subsidiária e indicada apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme o art. 3º e o caput do art. 4º - a Lei 10.216 de 2001 estabelece.

A prioridade estabelecida na Reforma é o tratamento em ambiente menos invasivo possível, preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental ou em instituições ou unidades gerais de saúde que ofereçam assistência aos acometidos de transtornos mentais, visto ser a finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio, a exemplo do Sistema Único de Saúde, como se verifica na Portaria Interministerial nº 01/2014 – PNAISP (BRASIL, 2014).

Nota-se que a vedação de tratamento em instituições com características asilares atinge inclusive as formas de internação compulsória, ou seja, aquelas determinadas pela Justiça. Não por outra razão a Lei 10.216/01 regula a própria atividade judicial ao estabelecer que, de acordo com a legislação vigente, o juiz competente levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários. As condições de segurança do paciente, não podem ser outras, a não ser a efetividade dos seus direitos, estando proibida a forma asilar por constituir tratamento desumano, abusivo e invasivo.

Nesse cenário, não se vislumbra qualquer motivo que justifique tratamento diferenciado entre os usuários comuns dos serviços de saúde mental e aqueles mesmos usuários que praticaram delitos. Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, independentemente da via de acesso aos serviços públicos de saúde mental (internação voluntária, involuntária ou compulsória), o tratamento prestado deve ser equânime e regido pela lógica de desinstitucionalização.

A alteração no quadro jurídico, com a projeção de modelos de desinstitucionalização, torna inadmissível a manutenção de regimes segregacionistas de execução das Medidas de Segurança, constituindo-se em ilegalidade a preservação dos espaços conhecidos como manicômio judiciais, institutos psiquiátricos-forenses, hospitais psiquiátricos-judiciários, hospitais de custódia e tratamento e alas de tratamento psiquiátrico no sistema prisional. Se a reivindicação do movimento antimanicomial consagrada na Lei 10.216/2001 é a de que os usuários dos serviços de saúde mental não sejam estigmatizados em manicômios e que em caso

de necessidade de intervenção medida aguda recebam tratamento nos hospitais gerais, é injustificável a exclusão do denominado portador de transtorno que se difere pelo cometimento do delito. Os avanços da Reforma Psiquiátrica, portanto, devem ser universais e incorporados nas práticas judiciais.

Em outras palavras, se o processo penal é, em si mesmo, estigmatizante e violento, e se a Lei da Reforma Psiquiátrica impõe formas de desinternação, não há motivo para manter o paciente em contato com o meio carcerário. Não é demais lembrar que o primeiro passo para se repensar a lógica atual é o deslocamento da imagem do sujeito do delito cometido, e, portanto, fundamental seria seu distanciamento dos sistemas punitivos do Estado.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Rumo ao fim dos manicômios. Mente e Cérebro*. 2006. Disponível em < http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html > Acesso em 29 abr. 2021.

BATISTA, Vera Malaguti. *Introdução Crítica à Criminologia Brasileira*. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BEZERRA JR., Benilton. *De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta*. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (Org) *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. P. 171-191.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte geral*. 16. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BRASIL. *CÓDIGO PENAL. DECRETO LEI nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940*. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm > Acesso em: 29 abri. 2021.

BRASIL. *CÓDIGO DE PROCESSO PENAL. DECRETO LEI nº 3.689 de 3 de outubro de 1941*. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm > Acesso em: 29 abri. 2021.

BRASIL. *LEI DE EXECUÇÃO PENAL. LEI nº 7.210 de 11 de julho de 1984*. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm > Acesso em 07 maio. 2021.

BRASIL. *LEI nº 9.867 de 10 de novembro de 1999*. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19867.htm > Acesso em: 01 maio. 2021.

BRASIL. *LEI nº 10.216 de 06 de Abril de 2001*. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm > Acesso em: 29 abri. 2021.

BRASIL. *LEI nº 10.708 de 31 de julho de 2003*. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm > Acesso em: 01 maio. 2021.

BRASIL. *PORTARIA GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999*. Disponível em < <https://cetadobserva.ufba.br/es/legislacoes/portaria-gmms-no-1077-de-24-de-agosto-de-1999> > Acesso em: 02 maio. 2021.

BRASIL. *PORTARIA MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html > Acesso em: 02 maio. 2021.

BRASIL. *PROGRAMA de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAILI*, 2006. Disponível em < <http://www.mp.go.gov.br/portaWeb/hp/2/docs/cartilhadopailli.pdf> > Acesso em 07 maio. 2021.

BRASIL. *PARECER sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sobre a perspectiva da Lei nº 10.216/2001 de 2011*. Disponível em <

<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2016/03/Parecer-sobre-Medidas-de-Seguran%C3%A7a-e-Hospitais-de-Custodia-e-Tratamento-Psiquiatrico-sob-a-perspectiva-da-Lei-N.-10.216-de-2001.pdf> > Acesso em 02 maio. 2021.

BRASIL. *PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 1 de 2 de janeiro de 2014*. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html > Acesso em 02 maio. 2021.

BRASIL. *PORTARIA MS nº 94 de 14 de janeiro de 2014*. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html > Acesso em 02 maio. 2021.

BRASIL. *PORTARIA MS nº 95 de 14 de janeiro de 2014*. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html > Acesso em 02 maio. 2021.

BRASIL. *PORTARIA MS nº 482 de 1º de abril de 2014*. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html > Acesso em 02 maio. 2021.

BRASIL. *PORTARIA DEPEN nº 206 de 28 de abril de 2014*. Disponibilizado em PDF por e-mail. Acesso em 02 maio. 2021.

BRASIL. *PLANO NACIONAL de Política Criminal e Penitenciária de outubro de 2015*. Disponível em < <https://www.conjur.com.br/dl/plano-nacional-politica-criminal.pdf> > Acesso em 02 maio. 2021.

BRASIL. *PLANO NACIONAL de Política Criminal e Penitenciária de novembro de 2019*. Disponível em < https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpccp/plano_nacional/PNPCP-2020-2023.pdf > Acesso em 02 maio. 2021.

BRASIL. *RESOLUÇÃO nº 944 de 13 de novembro de 2020*. Disponível em < <https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf> > Acesso em 07 maio. 2021

BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. *Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira*. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, 2012. v. 13, n. 2, p. 47-63.

BRITO, Emanuele Seicenti de; LEITE, Renata Antunes Figueiredo; VENTURA, Carla Aparecida Arena. *Produção Científica sobre Direitos Humanos dos Portadores de Transtornos Mentais*. Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics, Ribeirão Preto, Ano II, 2012. V. III, p. 33-42.

CAETANO, Haroldo. *Loucura e Direito Penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários*. Niterói, 2018.

CARVALHO, Salo; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. *Reflexões Iniciais sobre os impactos da Lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e execução penal*. Responsabilidades, Belo Horizonte, v.2, n. 2, set.2012/fev.2013.

CHAMMA, Rita de Cássia; FORCELA, Hideko Takeuchi Forcella. *O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos dos pacientes*. Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 184-190, jun. 2001.

DIETER, Maurício. *Política Criminal Atuarial: A Criminologia do fim da história*. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

DINIZ, Débora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DI TULLIO, Benigno. Principes de criminologie clinique. Paris, 1967 apud FERRARI, Eduardo Reale. *Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito*. São Paulo: RT, 2001.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. *Lições de Direito Penal*. 16. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

FILHO, Marden Marques Soares; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. *Direito à Saúde Mental no Sistema Prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2016.

FOUCALUT, Michel. *Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

INVESTIMENTO em Saúde Mental cresceu quase 200%. **Governo do Brasil**, 2020. Disponível em < <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200> > Acesso em 02 maio. 2021.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito penal da loucura: Medida de segurança e reforma psiquiátrica*. Revista de Direito Sanitário, v. 5. N. 1, p. 67-85, 2004.

KARAM, Maria Lúcia. *Punição do enfermo mental e violação da dignidade*. Verve, São Paulo, PUC-São Paulo, v. 2, p. 210-224, 2002.

MATTOS, Virgílio de. *Crime e Psiquiatria: Uma saída: Preliminares para a Desconstrução das Medidas de Segurança*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MOREIRA, Leonardo Melo. *Entre o Medo e a Indiferença: a implantação das medidas de segurança no Distrito Federal*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

NOGUEIRA, Ataliba. *Medidas de segurança*. São Paulo: Livraria Acadêmica, 1937.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração de Caracas*. Caracas, 1990. Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Genebra, 2005.

PARA onde vai quem comete crime e sofre de doença mental. **Conselho Nacional de Justiça**, 2018. Disponível em < <https://www.cnj.jus.br/para-onde-vai-quem-comete-crime-e-sofre-de-doenca-mental/> > Acesso em 02 maio. 2021.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. *A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciais*. Revista DireitoGV, v.13, n.2, maio-ago.2017.

PRADO, Alessandra Rapassi Mascarenhas. Medida de Segurança: a internação como exceção. *Revista Jurídica IUS Doctrina* nº 14, p. 1-38, 2016.

PETROCELLI, Biagio. *La pericolosità criminale e la sua posizione giurídica*. Padova: Cedam, 1940 apud RAUTER, Cristina. *Manicômios, prisões, reformas e neoliberalismo*. Discursos sediciosos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 71-76, 1997.

PRANDONI, Raul FAERNANDO Sotelo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. *Loucura e complexidade na clínica do cotidiano*. Escola Anna Nery, *Revista Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 623-634, dez. 2006.

QUEIROZ, Paulo. *Direito penal: parte geral*. 7. Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e Subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ROSETTI, Mariana. *Decisão da Justiça pode colocar Champinha em liberdade*. **R7**, São Paulo, 26 de mar. de 2021. Disponível em < <https://noticias.r7.com/sao-paulo/decisao-da-justica-pode-colocar-champinha-em-liberdade-26032021> > Acesso em 02 maio. 2021.

SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de Miranda. *Compêndio de Psicopatologia e Semiologia Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SILVA, Eliezer Gomes da. *Transtornos mentais e crime: algumas reflexões sobre o complexo diálogo entre a psiquiatria e o direito penal*. *Direito e Sociedade*, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 81-125, jul./dez. 2001.

SOARES, Orlando. *Incapacidade, imputabilidade e preservação da saúde mental*. *Revista Forense*, Rio de Janeiro, n. 325, p. 78, jan./mar. 1994.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. *Entre Silêncios Invisibilidade: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros*. Porto Alegre, 2015.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito penal brasileiro: teoria geral do direito penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl. *O inimigo no direito penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito Penal Brasileiro*. Rio de Janeiro, v. 2: Revan, 2010.